Rok XXVII. Kraków, 14 Kwietnia 1888. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. *Sclerosis disseminata* i jego objawach klinicznych.

(Wyjątek z dzieła pod prasą się znajdującego).
Podał
Prof. Adamkiewicz.
(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

2. Histologiczna budowa ognisk. Przecięcie poprzeczne. *a*) Zmiany pierwotne. Zanik nerwów. Już sam stosunek ognisk rozsianych do części chromoleptycznych jest dowodem, że stwardnienie rozsiane stoi w związku z nerwami i od nich się zaczyna. Części chromoleptyczne bowiem sąto grupy nerwów, które mają wspólną własność barwienia się i które, mówiąc ogólnie, przedstawiają te same oddziaływania *Varicosis.* Pewną część drobnych spraw mikroskopowych, które najpierw w tych nerwach się odbywają, już poznaliśmy przy opisie zwyrodnień przybrzeżnych. Zanim jakieś inne zmiany w nerwach nastąpią, tracą one własność barwienia się i nabrzmiewają jużto w całości, jużtéż to częściowo, a wtedy barwią się safraniną silniéj niż w stanie zdrowia. Mamy przed sobą te same zmiany, któreśmy poznali przy opisie chorób systemowych i możemy mówić o zwykłym zaniku i *neurovaricosis* ze wszystkiemi modyfikacyjami omówionemi już przy „zwyrodnieniu wtórorzędném". W przypadkach, w których choroba poczyna się w środkowych częściach chromoleptycznych, zmiany są takie same jak te, któreśmy zauważyli przy zwyrodnieniach przybrzeżnych. Co do dalszego przebiegu, to można następujące szczegóły spostrzegać: Zanik. Osłonka rdzenna. Wiadomo, że choroba rozszerza się z pierwotnych ognisk odśrodkowo i ze środka posuwa się ku obwodowi, będziemy więc mogli daleko lepiéj ten postęp śledzić, obierając drogę przeciwną, a więc gdy się będziemy w badaniu posuwali od części zdrowych ku chorym, ku środkowi. Przecięcie rdzenia w tych miejscach pokazuje wszelkie przejścia ze zdrowego obwodu do chorego środka. Pole zdrowe, w kształcie trójkąta, położone jest tuż przy rogu tylnym lewym. Nerwy przybrzeżne po obu stronach tylnych rogów są zupełnie zdrowe, zarówno jak i korzenie tylne, wchodzące po wewnętrznéj stronie rogów tylnych. Na przecięciach poprzecznych widać istotę chromoleptyczną, na podłużnych zaś podwójny brzeg chromoleptyczny. Tuż obok leżą już nerwy zmienione: na przekrojach ubywa czerwonego zabarwienia, a przeważa odcień żółty. Dokładniejsze przyjrzenie się preparatowi wyjaśnia przyczynę téj zmiany. Czerwony chromoleptyczny rąbek staje się coraz to cieńszym i niedokładniejszym, czasem widać już nie koło, ale odcinek koła lub tylko punkcik, wreszcie znika i on zupełnie, a widać tylko włókna blado-żółtawo zabarwione. Widocznie te nerwy utraciły istotę chromoleptyczną. Jeżeli więc *varicosis* i zanik istoty chromoleptycznéj są jedynemi zmianami, które w ognisku spotykamy, to okazuje się, że sprawa zaczyna się w nerwach i że wszystkie inne zmiany w nerwach, które się w przekroju stwardnienia rozsianego odbywają są przyrody drugorzędnéj. Po zaniku istoty chromoleptycznéj, jak to widać posuwając się głębiéj w ognisko, zanika osłonka rdzenna. Zanika ona albo zupełnie, pozostawiając w siatce neuroglijowéj wolne otwory albo zamienia się na masę szklistą, którą te otwory jak gdyby wylane wyglądają i w których się jeszcze punkcik czerwony mieści.

Włókno osiowe. W zaniku osłonki rdzennéj włókno osiowe udziału nie bierze. Można je widzieć wszędzie tak w zdrowym jak i w zaniklym nerwie, nawet w tkaninie pozbawionéj zupełnie istoty rdzennéj. Charakterystyczną jest rzeczą, że tam, gdzie istota rdzenna zanika, lepiéj widać włókno osiowe aniżeli w zdrowéj tkaninie. Dzieje się to z tego powodu, że podwójne barwienie dotyczy w choréj tkaninie i włókna osiowego, podczas gdy w zdrowéj go nie barwi. Włókna osiowe barwią się tak jak jądra tkanki neuroglijowéj, a więc fijoletowo. Tak więc widać w próżnych okach sieci neuroglijowéj tkanki choréj ciemno-fijoletowe punkty, które się swą wielkością od jąder neuroglii odróżniają. Są

to zabarwione włókna osiowe. Chcąc z siły ich zabarwienia wysnuwać wnioski co do natury zwyrodnienia, to możnaby myśleć, ponieważ barwią się tak jak neuroglija, o pewnym rodzaju zwyrodnienia włóknistego. Przy téj sposobności muszę nadmienić, że tę niezwykłą odporność włókna osiowego w stwardnieniu rozsianém, zauważyli już Köppen [1]) a przedtém Charcot [2]) i Leyden [3]). Oka siateczki, w którychby oprócz osłonki jeszcze i włókna nie było, stanowią wyjątki. Zmiany następowe. Przemiany neuroglii. Posuwając się daléj w głąb ogniska, widzimy zgęstnienie sieci neuroglijowéj, a wreszcie zamienia się ona w gęstą gmatwaninę, która w niczem nie przypomina zdrowéj siateczki neuroglijowéj, a wśród téj tkaniny widać nowe składniki i komórki wrzecionowate, naczynia bardzo pokręcone, wielkie, silnie czerwono się barwiące jądra i wpół lub całkowicie zwyrodniałe w płaszczyźnie przekroju biegnące nerwy, żółto lub fijoletowo zabarwione, niemniéj jak i nerwy zdrowe, które się ze zdrowego otoczenia do ogniska wkradły. Ku środkowi ogniska jeszcze więcéj się ta gmatwanina zagęszcza, a wreszcie zmienia się w jednostajną błonę poprzedziurawianą schorzałemi nerwami i naczyniami, które ten jednostajny widok przerywają. W miejscach największego zwyrodnienia jest ta siatka zupełnie zbita, daje wejrzenie marmurkowate, skórzaste, nie okazuje wcale różnicy pomiędzy istotą białą i szarą i wywołuje najcięższe zmiany we wnętrzu rdzenia, a więc, w jego obrazie.

Przecięcie rdzenia w wysokości trzeciego kręgu piersiowego okazuje wybitnie te wyżéj opisane zmiany. Widać tu części po lewéj stronie rowka przodkowego położone i róg przedni lewy zwyrodniałe. W pierwszém miejscu widać to marmurkowate wejrzenie z naczyniami, na których są jądra, pomiędzy zaś niemi, okrągłe, pokurczone i zanikające komórki zwojowe. W części zwyrodniałych sznurów przednich przebiegają falisto i łukowato pasma ze szaréj istoty wychodzące, pozostawiając w swych otworach reszty istoty rdzennéj pomarańczowo się barwiące. Przez skurczenie się téj siatki uległy ściany rowka przedniego pewnéj zmianie kształtu, wygięły się ku wewnątrz i sprowadziły rozszerzenie się i kształt owalny rowka. Te wszystkie zmiany wytwarzają się zwolna i postępują nieregularnie tak, że w częściach zdrowych widać jeszcze chore — w chorych nieliczne zdrowe nerwy.

Badanie na przekrojach podłużnych. Nerwy. Badając w ten sam sposób ogniska chorobowe, ale na przecięciach podłużnych, otrzymamy następujący obraz. Zbliżając się od części zdrowych do chorych, widać jak rysunek przedstawiający równoległe tuż obok siebie przebiegające nerwy, coraz się więcéj zatraca. Wolne przestwory po nerwach coraz się więcéj mnożą i okazują tylko nieznaczne odłamki tych nerwów. W miarę jak nerwy zanikają, przybywa w obrazie tkanki łącznéj. Wypełnia ona przestwory po nerwach, a wreszcie zajmuje całe pole widzenia, podczas, gdy nerwy tu i owdzie jeszcze się pokazują. Te składają się z fijoletowo zabarwionych włókien osiowych, które biegną w kierunku zdrowych nerwów, a na tych włóknach jeszcze tu i owdzie pokazują się pozostałości choréj istoty rdzennéj w postaci bladych, różowych punkcików lub dłuższych nieregularnych warstw. Jeżeli im się bliżéj przypatrzymy, to spostrzeżemy dziwne upostaciowanie. Jednym brak włókna osiowego, inne je posiadają, a tam gdzie istota rdzenna wysoki stopień *Varicosis*, okazuje tam i włókno osiowe zmienione: jestto mianowicie nitka spiralnie pokręcona, która się wgniata w obrzmiałą osłonkę. Tam gdzie istota rdzenna na boki się wypukla, można widzieć i włókno osiowe w postaci pętli się zaginające. Z tego wszystkiego można wnosić, że włókno osiowe i w *myelowarykotycznym* nerwie zwyrodniało. Możnaby to wytłumaczyć, przypuszczając pewną elastyczność i sztywność włókna osiowego. Zbliżając się więcéj do środka ogniska nikną i te nerwy, pozostaje tylko pokład włókien podłużnie falisto przebiegających, które już, jak to w opisie moim o wiądzie rdzenia wspomniałem, uderzają swą regularnością. Te włókna zawierają więcéj jąder niż zdrowe, a tu i owdzie poprzedzierane są lukami, w których się mieszczą poprzecznie przecięte naczynia.

[1]) l. c. — [2]) l. c. — [3]) *Deutsche Klinik* 1863, str. 121.

Budowa i powstanie siatki neuroglijowéj. Według różnego zachowania się siatki neuroglijowéj, jak to na przekrojach widać, nie ulega wątpliwości, że powstaje ona przez bujanie nowych składników. Dowodzą tego daléj: tworzenie się komórek wrzecionowatych i mnożenie się jąder. Obraz podłużnego przecięcia téj siatki cechuje sposób jéj powstania, w każdym razie niezapalny. Budowa blizny jest nieregularna, a jako produkt zapalenia stać ona powinna w ścisłym związku z naczyniami i trzymać się ich przebiegu. Naczynia w rdzeniu przebiegają promienisto w poziomych płaszczyznach. Taki przebieg i położenie powinnyby mieć i włókna powstałe na tle zapalenia ostrego. *Tabes interstitialis* stanowi świetny dowód tego twierdzenia. W przebiegu stwardnienia rozsianego nie spotykamy się z niczém podobném. Włókna powstałe wśród téj choroby mają postać bardzo regularną, nie tak jak w bliznach. Przebiegają one podłużnie a nie jak naczynia rdzenia poziomo i nie stoją z niemi w żadnym związku, a więc nie mają nic wspólnego z zapaleniem. Jeżeli więc w tych włóknach są jakie nowe składniki tkaninowe, to należy myśleć o odczynowém tworzeniu się, które tam zawsze ma miejsce, gdzie w tkance pojawiają się luki. To powstawanie luk już poznaliśmy, gdy była mowa o zaniku nerwów. To, że te nowe składniki wciskają się w zdrową tkankę neuroglijową i że z nią przebiegają podłużnie, przemawia za odczynowém tworzeniem się tkanki. Składniki patologicznie wytworzone zniszczyłyby neuroglię lub téż uczyniłyby ją niewyraźną. Na przekrojach poprzecznych rysunek siatkowaty neuroglii coraz się więcéj zatraca; to jednak łatwo wytłumaczyć powstaniem nowych składników w środku siatki i następowém skurczeniem się tak nowéj jak i staréj tkanki.

Tworzenie się zbitéj tkanki neuroglijowéj w mózgu i rdzeniu. Nowotworzenie się składników ma swoje prawa. W ogniskach mózgowych powstają nowe składniki, jak to w krótce opiszemy na brzegu siatki neuroglijowéj pozbawionéj nerwów, które pierwotnie zaginęły. Inaczéj rzecz się ma w rdzeniu. Tworzenie się zbitéj siatki jest ostatnim wyrazem zmian degeneracyjnych w nerwach; a więc jako taki musi powstawać tam, gdzie zanik nerwów już się był zaczął, tj. w najstarszych częściach ognisk. Te miejsca zdają się odpowiadać bocznym częściom chromoleptycznym w zewnętrznych kątach między rogami przedniemi a tylnemi, w tylnych częściach przy szwie. Części chromoleptyczne jednak nie rzadko w całéj swéj rozciągłości chorują. Przemawia za tém zgrubienie neuroglii, zupełnie odpowiadające częściom chromoleptycznym, czego przecięcie rdzenia w części szyjnéj pięknym jest dowodem. A wreszcie bujanie składników usadawia się na jakimbądź punkcie neuroglii, pozbawionéj ner-

wów i zfąd rozszerza się w rozmaity sposób tak na istotę białą jak i szarą zacierając między niemi granicę. Nieregularność siatki neuroglijowéj wśród ognisk zwyrodniałych ma szczególne znaczenie, gdy sobie bowiem tę siatkę uwidocznimy karminem, nie zważając na ogniska młodsze, gdzie, jak to już widzieliśmy, wejrzenie neuroglii i kształt nerwów absolutnie są niezmienione i uwidoczniając sobie chorobę według jéj rozszerzenia i ułożenia, przyjdziemy do wniosku, że stwardnienie w najnieregularniejszy sposób rdzeń nagabuje. Metody barwienia dawniéj używane przedstawiały tylko chorobę neuroglii a nie nerwów, które się wydawały zdrowemi, podczas gdy safranina w nich już ciężkie zmiany chorobowe wykazuje. Składniki wchodzące w skład gęstéj siatki nie zdradzają żadnego podobieństwa do składników ognisk mózgowych w przebiegu stwardnienia rozsianego. Składają się one ze składników prawidłowych neuroglii poprzeplatanych komórkami wrzecionowatemi, które pojawiają się w miąższowym wiądzie rdzenia, a których opis i obraz podałem w pracy mojéj o wiądzie rdzenia. Tu muszę tylko wspomnieć, że regularne włókienka, które na podłużnych przekrojach ognisk są widoczne, mylnie dały mniemanie, jakoby w przekroju stwardnienia rozsianego przychodziło do nowotworzenia włóknistéj tkanki łącznéj.

Wpływ na komórki zwojowe i naczynia. Godnych uwagi zmian doznają przez ucisk siatki gęstéj neuroglijowéj komórki zwojowe i naczynia krwionośne. Te pierwsze zmieniają się skutkiem ucisku na nie wywartego na małe okrągłe kulki pozbawione wypustek. Naczynia tracą swą równą smukłą postać, prosty przebieg i naturalną budowę zdrowych naczyń, a otrzymują przewężenia, pokręcony przebieg, zgrubiałe ściany a czasem zupełnie nieregularne i niejednostajny kaliber, tak, że często naczyńko w jedném miejscu rozszerzone w innem zwężoném się przedstawia. Nie można tego inaczéj pojmować, jak skutkiem ściągającego działania kurczącéj się siatki. Zważywszy, że te przewężenia światło naczyń zmniejszają, a w skutek tego tworzą się opory w krążeniu i podniesienie się parcia, a więc i *tonus* ścian wzmagają, zrozumiemy, dla czego naczynia w siatce biegnące mają ściany przerosłe i zgrubiałe.

Definicyja stwardnienia rozsianego. Zwyrodnienie pierwotne. Na mocy tego, cośmy wyżéj po wiedzieli, możemy zmiany anatomiczne stwardnienia rozsianego tak scharakteryzować. W téj chorobie dotknięte są pierwotnie nerwy i to naprzód w mózgu w nieregularnie rozsianych ogniskach, potém w rdzeniu i to w częściach chromoleptycznych. Część chromoleptyczna tylna, co do postaci niestała ale co do ułożenia niezmienna, choruje w ten sam sposób, co w przebiegu wiądu rdzenia w postaci miąższowéj. Chorujące części chromoleptyczne w sznurach przednich i bocznych są co do postaci i ułożenia o tyle stałe, o ile leżą w środku przy istocie szaréj lub obwodowo przy brzegu rdzenia. W pierwszym razie sąto mniéj lub więcéj okrągłe pola, w drugim odpowiadają rąbkowi przybrzeżnemu. Przypadki z tym drugim obrazem opisywano dotąd jako zwyrodnienie skombinowane. Nerwy w przebiegu stwardnienia rozsianego zanikają albo wprost lub też poprzedzone procesem warykotycznym. To samo dzieje się wśród schorzenia układów tylko z tą różnicą, że tu wszystkie części schorzałych nerwów, a więc i włókno osiowe, zanikają, podczas gdy w chorobach części chromoleptycznych włókna osiowe pewną odporność okazują. Z części chromoleptycznych szerzy się sprawa w kierunku odśrodkowym bardzo nieregularnie, nie oszczędza ani białéj ani szaréj istoty i może z czasem zająć całą istotę rdzenną na przekroju rdzenia; sprawa chorobowa może przejść i na korzenie, a wtedy można śledzić ją i w częściach środkowych korzeni. Po zaniku istoty rdzennéj, jako drugi akt, następuje sprawa, któréj i wśród zwyrodnienia drugorzędnego nie brak, tj. nowotworzenie i kurczenie się tkanki neuroglijowéj. Ta sprawa wywołuje znów ze swéj strony inną: kurczenie się i deformacyje komórek zwojowych jako téż i stwardnienie naczyń. Jeżeli więc nerwy są tu składnikami, które najpierw sprawą chorobową są dotknięte, to stwardnienie rozsiane odpowiada pod tym względem schorzeniu układów. Jest tu tylko ta różnica, że podczas gdy w schorzeniach układów nerwy zanikają w skutek odcięcia ich od ośrodków odżywczych, a więc pośrednio, to wśród schorzenia części chromoleptycznych nerwy zanikają samoistnie, a więc skutkiem jakichś przyczyn, wywołujących złe odżywienie rdzenia, więc bezpośrednio. Jeżeli choroby układów nazywamy zwyrodnieniami wtórorzędnemi, to te ostatnie powinniśmy nazwać pierwotnemi. Ponieważ w chorobach pierwotnych rdzeń zanim jeszcze całą czynność utracił już się miejscami pozbył istoty rdzennéj, więc widzimy, że włókno osiowe spełnia ważne czynności tak w zdrowym jak i chorym nerwie. Utrzymanie włókna osiowego na przekroju rdzenia pozornie zupełnie zwyrodniałego tłumaczy brak zwyrodnienia wtórorzędnego wśród daleko posuniętego zwyrodnienia pierwotnego.

Objawy kliniczne. Z przyrody zmian w ogniskach mózgowych i rdzeniowych w stwardnieniu rozsianém dadzą się kliniczne objawy łatwo wytłumaczyć. Jak odporność włókna osiowego i jego utrzymanie tłumaczy brak utraty czynności rdzenia pacierzowego, tak brak istoty rdzennéj wyjaśnia zupełną utratę energii, która cechuje czynności w przebiegu stwardnienia rozsianego, ten brak energii najlepiéj się uwidocznia w czynnościach narządu do ruchów służącego. Dowodem tego osłupiały wyraz twarzy, mowa skandująca, osłabienie i drżenie przy każdym ruchu mięśnia. Drżenie jest klasycznym dowodem osłabienia motorycznego, ponieważ udało się go na drodze doświadczenia jako objaw ubywającéj siły mięśniowéj i jako zwiastuna porażenia wykazać [1]).

Jeszcze dwie właściwości kliniczne okazuje stwardnienie rozsiane: wielką różnorodność i niestałość objawów chorobowych, a z drugiéj strony regularność pojawiania się niestałości gałek ocznych (*Nystagmus*) i napadów zawrotów głowy. Co do pierwszych, to tłumaczy się to tem, że jak widzieliśmy sposób zajęcia pojedyńczych części chromoleptycznych na każdéj wysokości rdzenia może być inny i nie trzyma się w tém żadnego prawidła. Może się stać, że choroba przeważa raz w zakresie części chromoleptycznych bocznych sznurów, drugi raz w tylnych, raz zajmuje więcéj włókien w sznurach tylnych, drugi raz części *ff*, raz więc przeważają objawy spastyczne [2]), innym razem ataktyczne. Napady zawrotu głowy i *nystagmus* trzeba odnieść do ogólnego zajęcia mózgu przez wiele a małych ognisk; a ponieważ można wywołać *nystagmus* przez wstrzyknięcie drażniących cieczy, jak to wykazałem [2]), więc można przypuścić, że się

---

[1]) Porównaj moją pracę: *Ueber Gehirndruck u. Gehirncompression Sitzber. der Wien. Akademie d. Wissenschaft. Mat. naturw. Cl. Bd. 88, 1883. Wiener Klinik 1884, 8 i 9 Heft.* — [2]) Por. *Systemerkrankungen.* — [3]) *Gehirndruck. u. Gehirncompression* l. c. Landois. *Wiener. medizin. Presse* 1887 Nr. 7 i 8 i Knoll (*Sitzber. d. Wien. Akad. d. W.* Bd. 94, 1886.

mózg skutkiem tworzenia coraz to nowych ognisk w ciągłém drażnieniu znajduje. Wykazanie ognisk mózgowych w różnych okresach rozwoju staje się tu jeszcze lepszym dowodem. Czy we wszystkich przypadkach stwardnienia rozsianego zmiany typowe, jakie opisałem, odpowiadają objawom, okaże przyszłość. Typ ten jednak nie należy do rzadkości, jeżeli go w moich wszystkich przypadkach mogłem udowodnić i jeżeli tak zwyrodnienia przybrzeżne jak i środkowe zauważyli i inni autorowie. Co się tyczy zwyrodnień przybrzeżnych, to już wyżéj o nich mówiłem. Faktem téż jest, że zwyrodnienia środkowe już inni autorowie widzieli, tylko z wiadomych nam już powodów źle je sobie tłumaczyli. Jako przykład tego rodzaju może służyć fig. 48 Bramwella w opracowaniu Weissa. Pola zwyrodniałe narysowane tutaj odpowiadają w zupełności częściom chromoleptycznym bocznym i z drogami pyramidalnemi bocznemi nie mają nic wspólnego. Możnaby jeszcze wiele takich przykładów przytoczyć. Pomimo tego prawdopodobném jest, że są zwyrodnienia ogniskowe i innego rodzaju jak te, które pod nazwą „zwyrodnień pierwotnych“ umieszczam. Dowiedzioną jest rzeczą, że te sprawy, które wywołują ogniskowe schorzenia, a mianowicie zatory zakaźne, nie oszczędzają ani mózgu ani rdzenia. Tu należy wspomnieć o przypadkach zapalenia ostrego rozsianego rdzenia, na które przedewszystkiem Westphal [1]) zwrócił uwagę, a dla których ostatniemi czasy Kussner i Brosin pouczający przykład ogłosili. We wszystkich tych przypadkach znajdowały się ogniska ostre rozsiane w rdzeniu. A przyczyną tego było z pewnością lub wszelkiém podobieństwem do prawdy zakażenie. W przypadkach Westphala przyczyną była ospa. Ponieważ pośród przyczyn stwardnienia rozsianego u dzieci choroby zakaźne (ospa, odra, szkarlatyna) ważną odgrywają rolę, to można się domyślać, że pomiędzy stwardnieniem rozsianém zakaźném a niezakaźném jest jakiś związek przyczynowy i że ta pierwsza stanowczo jest przyrody zakaźnéj. W większości przypadków nie można wykazać zakażenia. Okresu początkowego objawiającego się porażeniami w przebiegu zapalenia rdzenia nie ma tu także. Może to są przypadki, które ja do kategoryi regularnych pierwotnych zwyrodnień zaliczam.

II. Kilka uwag o nowéj chorobie nazwanéj przez Senatora „ostrém, zakaźném zapaleniem różycowatém połyku“

podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k. lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Cierpienie krtaniowe, które w następstwie dołącza się do choroby połyku, zawdzięcza swe powstanie jużto posuwającemu się zapaleniu od strony połyku, jużto znów zboczeniom w krążeniu, które łatwo wyjaśnić można zmianami powstałemi w odpowiednim obszarze naczyń krwionośnych, skutkiem nacieku ropnego. Na baczną też uwagę zasługują zmiany zapalne w żołądku, które zapewne nie powstają skutkiem połykania wydzielin zakaźnych, lecz również są następstwem ciężkiéj choroby zakaźnéj, a przemawia za tém spostrzeżenie G. Crooka (*Fortschritte der Medizin* III, 1885, Nr. 20, str. 653), który w ciężkich przypadkach szkarlatyny również właściwe rodzaje zapalenia żołądka opisał.

Co się tyczy wysypki plamistéj, którą zauważono w drugim przypadku Senatora krótko przed śmiercią, to należy ją zaliczyć w poczet wysypek napotykanych niejednokrotnie w chorobach okazujących charakter zakaźny.

Najważniejsze jednak zagadnienie dotyczy przyrody i istoty choroby, a odpowiednio do dzisiejszego stanu nauk lekarskich wyczekujemy odpowiedzi na tę kwestyję od bakteryjologii, zdobywającéj coraz to nowe wawrzyny na polu etyjologii chorób, zwłaszcza zaś chorób zakaźnych.

Dr. Schwass, asystent Senatora, podjął w drugim przypadku leczonym w szpitalu Augusty u 29-letniego kupca Wilhelma Br., odpowiednie badania i w tym celu badał najpierw drobnowidowo krew upuszczoną z żyły tegoż chorego. Badano krew przedewszystkiém na wąglik, chodziło bowiem najpierw o przekonanie się, czy w istocie przyczyną nacieku ropnego połyku i krtani nie jest choroba wąglikowa, co lubo rzadko, jednakowoż czasem się zdarza. Jednakowóż badanie mikroskopijne nie wykazało prątków wąglikowych, ani téż innych bakteryj. Wstrzyknięto następnie królikowi pełną strzykawkę Pravaza,' napełnioną krwią tąż samą, ale i próba ta nie wydała żadnych wyników. Podczas oględzin lekarskich pośmiertnych wydobył Senator trochę krwi ze śledziony i umieścił ją w rurce szklanéj, któréj końce natychmiast zatopił. Krew tę badał sam Koch, lecz nie wykrył w niéj żadnych charakterystycznych bakteryj, szczególniéj zaś żadnych mikroorganizmów należących do działu *Streptococci.* Być może jednak, że sam preparat i sposób jego przechowania w zatopionéj rurce nie był odpowiednim i dla tego tak znakomity bakteryjolog, jakim jest Koch, nie zdołał dojść do wyników dodatnich. Dr. Langerhans, asystent przy zakładzie patologicznym w Berlinie, również badał chorobę tę pod względem bakteryjologicznym, a poszukiwania jego doprowadziły o tyle do wyniku dodatniego, że udało mu się wyhodować grzybek, który, podobnie jak gronkowiec biały (*Staphylococcus albus*), tworzy białawy pokład na agarze, na ziemniakach zaś rozradza się jak lasecznik ziemniaczany i zarazem ziemniak zabarwia; na żelatynie wreszcie tworzy za nakłuciem igiełką zawierającą zarodniki grzybkowe jakby powłoczkę z początku okrągławą, delikatną, jasnoszarawą, późniéj zaś w miarę rozszerzania się kolonij, tworzy pokład gruby szaro biały, z brzegami ząbkowatemi. Badanie mikroskopijne wykazuje w kroplach bulijonu laseczki połączone w łańcuszki dosyć długie, żwawo się poruszające, a nadto bakteryje różnéj wielkości, parzysto ułożone. Dalsze szczegóły mniéj inseresujące ogół lekarzy pomijam, a dodaję tylko, że Langerhans materyjał do badania bakteryjologiczngo wydobył z głębi migdałka i ze śledziony zwłok 29-letniego Wilhelma Br. i że zastrzykiwania hodowli powyższych bakteryj dokonywane u królików i świnek morskich nie wyrządziły żadnéj szkody tym zwierzętom. Jak dotąd zatém rezultaty badań bakteryjologicznych nie są świetnemi, a rozwikłanie zagadki etyjologicznéj co do téj nowéj choroby należy do przyszłości.

Co do trudności przy rozpoznawaniu pierwotnego, zakaźnego, różycowatego zapalenia połyku, to w przyszłości nie będą one znacznemi, gdy już raz sprawa chorobowa tego rodzaju została określoną, a w przyszłości w miarę dalszych spostrzeżeń należycie jeszcze wyświeconą zostanie. Objawy charakterystyczne jakoto: przebieg gorączkowy, ostry, dolegliwości w gardle, zwłaszcza trudności przy przełykaniu i bolesność wzmagająca się za uciskiem od zewnątrz, większe lub mniejsze obrzmienie części miękkich na szyi, każą nam natychmiast podejrzywać cierpienie połyku i zalecają jak najdokładniejsze zbadanie podniebienia miękkiego, migdałków

---

[1]) *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten.*

i całego połyku. Przy rozpoznawaniu trzeba jeszcze wykluczyć błonicę i tak zwane zakaźne zapalenie połyku. Do istoty błonicy należy charakterystyczna wypocina biaława lub biało-szarawa na migdałkach i rozszerzająca się szybko w połyku, podczas gdy wypocin w chorobie omawianéj nie napotykamy i przebieg choroby całéj jest odmienny, a jeżeli przychodzi do rozlanego nacieku na szyi i nacieku ropnego w ogóle, to dopiero w dalszém następstwie, nigdy zaś pierwotnie. Co się zaś tyczy zakaźnéj anginy, którąto chorobą w ostatnich czasach literatura francuska bardzo się zajmuje, to bardzo być może, że cierpienie to stanowi może łagodną poronną odmianę zakaźnego zapalenia połyku. Choroba ta zjawia się częstokroć w sposób epidemiczny lub endemiczny, jako angina nieżytowa, a ponieważ towarzyszy jéj z początku znaczna gorączka, czasem białkomocz, a nawet cierpienia przerzutowe, przeto charakter jéj zakaźny żadnéj kwestyi nie ulega, ale uwydatnić zarazem należy jéj łagodność, gdyż prawie bez wyjątku kończy się w przeciągu dni kilku w sposób pomyślny, a gorączka opada nagle, nadając zwrotowi pomyślnemu choroby cechę nagłego przesilenia. Brak nacieku części miękkich na szyi, brak objawów ciężkich, tyfoidalnych, ograniczanie się sprawy chorobowéj tylko do połyku, a nie przesuwanie się jéj na krtań, wyróżniają również stanowczo tę anginę zakaźną i nie pozwalają na pomyłkę, chociaż z drugiéj strony przyznać należy, że w pierwszéj chwili trudno zaraz stanowczo rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia z lekką powierzchowną anginą lub też z ciężkim różycowatém zapaleniem połyku.

Zapalenie różycowate krtani pierwotne wywołuje od razu wybitne zmiany w krtani, ztąd brać tego cierpienia za omawianą chorobę nie podobna, gdyż w przebiegu ostrego różycowatego zapalenia połyku dopiero późniéj przychodzi do zmian w krtani; co się zaś tyczy innych chorób zakaźnych, to każda z nich wkrótce rozwija tak charakterystyczne objawy, że wprawny lekarz pomylić się nie zdoła w rozpoznaniu, zwłaszcza w ciągu dalszego spostrzegania przebiegu chorobowego. Wywiady dokładne i skrzętne badanie uchronią nas również od pomyłki, chociażby ciężkie objawy ze strony żołądka nasuwały przypuszczenie otrucia, zwłaszcza, że wymiociny i kał żadnych trucizn zawierać nie będą.

Co do rokowania to, jak to przypadki dotąd ogłoszone wykazują, jest ono bezwzględnie niepomyślném.

Pod względem zabiegów leczniczych, to w pierwszych chwilach choroby należy działać przeciw zapaleniu połyku (pijawki, krawat lodowy i lód do przełykania), ale wiele dobrego sobie w tym względzie obiecywać nie można. Środki przeciwgrzybkowe również zawodzą. O przecięciu nacieku ropnego nie ma i mowy, a tracheotomiję możnaby wykonać tylko wówczas, gdyby duszenie bardzo się wzmagało i gdyby objaw ten górował ponad całą chorobą. Tracheotomija jednak chorego nie uratuje, gdyż wówczas już zazwyczaj zakażenie ustroju postąpiło tak daleko, że zaledwie możnaby spodziewać się od tego zabiegu chirurgicznego tylko przedłużenia życia, nie zaś ocalenia chorego.

Spostrzeżenia opisane przez Senatora wywołały w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie nader ożywioną dyskusyję, która jednak téj sprawy chorobowéj należycie nie wyjaśniła. Przeciw ustanowieniu nowéj kategoryi w poczcie chorób zakaźnych najsilniéj występował Guttmann, który stanowczo utrzymywał, że choroba nie jest wcale nową, ani nieznaną, ani nawet tak rzadką, jak to Senator utrzymuje, lecz przeciwnie dawno już i wiernie jest opisaną szczególniéj w dziełach lekarskich francuskich, a nadto w patologii szczegółowéj Ziemssena (tom drugi str. 252—255 z r. 1886), w dziele Eichhorsta (tom 4ty str. 252) i w podręczniku do chirurgii skreślonym przez Königa (tom 1szy str. 420 z r. 1885), lecz w dziełach tych choroba omawiana nosi nazwę zapalenia połyku i krtani wywołanego przez różę.

I w istocie tak w patologii szczegółowéj Ziemssena jak i w dziele Eichhorsta, jak to sam sprawdziłem, znajdujemy opisy przemawiające za tém, że róża na błonach śluzowych może wystąpić samoistnie bez róży na twarzy, sprowadza wówczas silne obrzmienie błony śluzowéj połyku, — jeżeli jak to najczęściéj bywa, od połyku się zaczyna, przesuwa się potém niejednokrotnie na krtań i staje się przyczyną ścieśnienia krtani, sprowadzając śmierć nawet pomimo wykonania tracheotomii, — a całemu obrazowi chorobowemu towarzyszy jeszcze obrzęk śledziony, białkomocz i inne objawy trafnie przez Senatora skreślone. Że badania bakteryjologiczne dokonane w jednym przypadku Senatora nie wykryły mikrokoków Fehleisena, charakterystycznych dla róży, nie może, zdaniem Guttmanna, stanowić kategorycznego dowodu, że cierpienie opisane przez Senatora nie jest tylko odmienną postacią róży, a mianowicie różą na błonach śluzowych połyku i krtani, albowiem badania bakteryjologiczne były dokonane dotąd tylko w jednym przypadku, a mikroorganizmy wykryte przez Langerhansa wyhodowane i wstrzykiwane zwierzętom wcale im nie szkodziły, skutkiem czego należałoby je uważać za przypadkową domieszkę, nierozstrzygającą wcale o etyjologicznym pierwiastku choroby.

W dalszym ciągu dyskusyi przemawiał bardzo obszernie prof. Virchow, opisując różne postacie różycowatego zapalenia połyku i rozróżniając głównie trzy kategoryje tego rodzaju zapaleń: 1) zapalenia, w których istoty zakaźne bezpośrednio z zewnątrz zawleczone usadowiły się w pewném miejcu przewodu pokarmowego, 2) zapalenia przerzutowe, w których ogniska pierwotne wytwarzające istoty zakaźne znajdują się w głębi ustroju, np. w macicy i jéj okolicach; 3) zapalenia powstające samoistnie bez widocznéj przyczyny. Sonnenburg wreszcie jako chirurg z zawodu omawia ostre zakaźne zapalenia różycowate połyku, ropnie pozapołykowe i gnilne zapalenia połyku, zdarzające się w przebiegu cukrówki.

Jak z krótkiego tego naszkicowania obszernéj dyskusyi widzimy, sprawa chorobowa poruszona przez Senatora wcale nie została należycie wyjaśnioną, a związek jéj patogenetyczny i etyjologiczny z różą nie mógł być udowodnionym, zwłaszcza z téj przyczyny, że ani w jednym przypadku opisanym przez Senatora zapaleniu połyku nie towarzyszyła róża na twarzy lub w okolicy tego narządu, najznakomitsi zaś klinicyści twierdzą słusznie, że rozpoznanie róży na samych tylko błonach śluzowych, bez pojawienia się jéj na skórze, jest niemal niepodobném. To też Senator słusznie przy zakończeniu dyskusyi twierdził, że oponenci jego szeroko rozprawiali o najrozmaitszych rodzajach zapaleń tkanki łącznéj, tylko nie o zapaleniu zakaźném, samoistném połyku, które powstania swego nie zawdzięcza ani urazowi, ani przyżegnięciu, lub też przerzutowi, ani nie jest następstwem przesunięcia się sprawy chorobowéj z ognisk sąsiednich, lecz które jest samoistném, a pod względem swego przebiegu klinicznego uznaném być musi za zakaźne. Wykluczyć tu należy i ropień pozapołykowy, zdarzający się częstokroć u dzieci i powstający również samoistnie, zwłaszcza zaś pominąć należy sprawy przerzutowe, w ciągu których

rozwijają się następowo tak zwane pyjemiczne i septyczne sprawy. Chociażby nawet zresztą pod względem etyjologicznym przyznać należało wszystkim tym sprawom chorobowym bliski związek, to jednak pod względem klinicznym trzeba koniecznie należycie je rozróżnić. W każdym razie, jak to i Guttmann sam przyznaje, przypadki dotąd opisane, należą dotąd do nader rzadkich pod względem klinicznym, i do działu „*Phlegmone pharyngis infectiosa acuta primaria*“ należy zaliczyć przypadki tylko wówczas, jeżeli osoba dotąd zupełnie zdrowa, bez wybitnéj przyczyny zapada na zapalenie gardła z obrzmieniem i naciekiem ropnym tkanki łącznéj, otaczającéj gardło i skutkiem sprawy septycznéj w krótkim czasie ginie, przyczém chory nie pada ofiarą ostrego obrzęku krtani, lecz skutkiem nagłego porażenia serca, tak jak to się zdarza w ciężkich przypadkach chorób zakaźnych, np. błonicy, szkarlatyny itp.

Do tego działu chorób należy również przypadek z kliniki prof. Gerhardta, opisany przez Dra Landgrafa, w którym 23-letni posługacz szpitalny, Fryderyk Krohm, w dniu 18 października 1887 r. nagle zachorował i 4 dnia (po 52 godzinach) choroby zmarł, uskarżając się przedtem zaraz po zjedzeniu kotleta na silne boleści w gardle przy przełykaniu i wkrótce potém na chrypkę; badanie nie wykazało żadnych nalotów błonicowych, tylko silne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowéj połyku oraz nagłośni. Raz tylko w nocy przed śmiercią począł chory się dusić, skutkiem czego wszystko przysposobiono do tracheotomii, ponieważ jednak napad minął, przeto zabiegu chirurgicznego nie wykonano, a w kilka godzin potém chory nagle umarł. W przypadku tym m a j a c z e ń nie zauważono. Oględziny pośmiertne wykazały również obrzmienie błony śluzowéj połyku i naciek ropny w nagłośni i więzadłach fałszywych krtani. Badania bakteryjologiczne podjęte w tym przypadku nie doprowadziły do żadnego dodatniego wyniku.

Wyczerpawszy w ten sposób szczegóły lekarskie dotyczące choroby, po raz pierwszy przez Senatora bliżéj określonéj, powróćmy do przypadków przezemnie spostrzeganych, które zasługują jeszcze na bliższe omówienie i zaopatrzenie ich w uwagi epikrytyczne. Przedewszystkiem zasługują na bliższą uwagę dwie okoliczności; po pierwsze, że wśród grupy przypadków należących na pozór do zwykłego zapalenia nieżytowego połyku, które w jednéj zagrodzie epidemicznie występuje, wyłania się przypadek złośliwy, noszący na sobie wszystkie cechy zakaźnego zapalenia połyku, i w przeciągu dni 6 prawie nagle śmiercią się kończy; a powtóre, że do téj grupy przypadków zapalenia gardła dołącza się jeden przypadek róży na twarzy, atoli bez równoczesnego zapalenia gardła.

Co do pierwszéj okoliczności, to spostrzeżenie moje popierałoby przypuszczenie Senatora, że zakaźne różycowate zapalenie połyku stanowi może ciężką postać tak zwanéj anginy zakaźnéj, która epidemicznie i endemicznie rozszerzać się może; lub na odwrót, że angina zakaźna stanowi formę poronną, bardzo lekką wśród grupy zabójczych zakaźnych różycowatych zapaleń połyku. I w istocie w pierwszym przypadku przezemnie opisanym mieliśmy do czynienia z 3 przypadkami zwykłego zapalenia nieżytowego połyku, bez śladu jakichkolwiek nalotów błonicowych, które wśród leczenia zwykłego pomyślnie się zakończyły, a jeden tylko przypadek odznaczający się przebiegiem złośliwym w krótce zakończył się nagłą śmiercią, któréj lekarz przed kilku godzinami badający chorą wcale się nie spodziewał. W przypadku tym, podobnie jak i w drugim przezemnie przytoczonym, choroba pojawiła się nagle u osób dotąd zupełnie zdrowych i nie zdradzając początkowo żadnych groźnych objawów, rozwijała się niejako podstępnie, a zakażając organizm, podobnie jak ciężka postać błonicy, po 6—10 dniach sprowadzała śmierć nagle skutkiem porażenia serca. W obu przypadkach krtań również była chorobowo zajętą; chrypka, duszność, a nawet bezgłos dokuczały chorym, jednakowoż sprawa krtaniowa nie była najwybitniejszym objawem chorobowym i nie górowała do tego stopnia po nad całą sprawą chorobową, aby w usunięciu jéj upatrywać było można ocalenie chorych. Natomiast osłabienie, niepokój, omdlewania i wyraźne objawy osłabionéj czynności mięśnia sercowego uwydatniały się coraz to bardziéj, szczególniéj w ostatnim dniu choroby, a porażenie serca, podobnie jak w ciężkich postaciach błonicy, zakończało na pozór niewinną i zwykle pomyślnie się kończącą chorobę.

Mógłby jednak ktoś zarzucić rozpoznaniu, zwłaszcza w pierwszym przypadku przezemnie opisanym, że mieliśmy do czynienia nie z jakąś nową chorobą zakaźną à la Senator, lecz tylko ze zwykłém zapaleniem ropném koło migdałka prawego, które z powodu zaniedbania i nieoperowania sprowadziło obrzęk głośni i śmierć w dalszém następstwie. Na zarzut ten musiałbym odpowiedzieć, opierając się na dość bogatém doświadczeniu własném, że widziałem już bardzo ciężkie postacie zapalenia ropnego migdałków i tk. łącznéj podśluzowéj otaczającéj migdałki, i że w tych właśnie przypadkach nie mogłem niejednokrotnie nakłonić chorych do poddania się operacyi z powodu przesadnéj ich obawy przed nożem manewrującym w gardle, jednakowoż ani w jednym przypadku zresztą nie widziałem zejścia śmiertelnego w ciągu dni sześciu i ropnie takie nieoperowane zazwyczaj same pękały prędzéj lub późniéj, i goiły się przy zwykłych płukaniach ślazem lub barszczem burakowym z miodem, któryto środek ludowy na Podolu częstokroć przy bolach gardła bywa używanym. W przypadku zaś naszym słabnięcie energii serca, ogólny upadek sił i przebieg podobny do złośliwéj dyfteryi, stanowiły przypady tak wybitne i tak charakterystyczne, że musimy przypuścić i stwierdzić nader bliską analogiję naszego przypadku z przypadkami Senatora i wstawić go w tę samą kategoryję pod względem klinicznym i dyjagnostycznym. Wprawdzie w obu przypadkach nie wykryłem białka w moczu, ani téż uwagi godnego obrzęku śledziony, lecz w przypadku pierwszym obrzęk śledziony mógł być maskowanym przez rozdęcie mocne żywota skutkiem ciąży bliskiéj już swego kresu, a w przypadku drugim brakuje mi dat tak co do moczu, jak i co do śledziony — atoli wszystkie inne przypady i cały przebieg choroby były tak uderzająco podobnemi do 4 przypadków Senatora i 1 przypadku opisanego przez Landgrafa, że mimo braku czyli raczéj nie skonstatowania należytego tych dwóch przypadków nie waham się potwierdzić mego rozpoznania w duchu uwag Senatora.

Co do drugiéj okoliczności uwagi godnéj, tj. pojawienia się róży w grupie przypadków z zapaleniem gardła we dworze kościelnickim, to rzecz ta byłaby nader wielkiéj doniosłości, gdyby do róży na twarzy u 60-letniego Jakóba Rappaporta przyłączyło się było również zapalenie gardła. Wówczas możnaby może uznać stanowczo pokrewieństwo róży z chorobą opisaną przez Senatora i możnaby przypuścić, że w jednym przypadku róża zajęła nietylko błony śluzowe ale i skórę na twarzy, a w innych przypadkach róża ograniczała się tylko do błon śluzowych połyku, z trzech przypadków zaś tego rodzaju przebieg w jednym był tak złośliwy, że aż

śmiercią się zakończył. Gdy jednak u Jakóba Rappaporta stwierdziłem tylko różę na głowie, a zapalenia gardła nie było wcale, jak to osobiście, przy dokładném badaniu w téj mierze podjętém, sprawdziłem, przeto musimy uważać przypadek ten róży za powstały przypadkowo, jak to bardzo często zresztą przytrafia się u osób mieszkających i żyjących niezbyt higijenicznie i stykających się z różnego rodzaju osobami, i niejednokrotnie ozdrowieńcami po chorobach zakaźnych i przypadku tego róży nie podobna nam wprowadzić w związek przyczynowy z zapaleniem zakaźném połyku, jakie śmierć sprowadziło u synowéj tegoż chorego. W pobliskiém miasteczku Potoku Złotym podówczas właśnie zdarzały się przypadki róży, a skutkiem róży i zgorzeli starczéj po jéj przebyciu zmarł właśnie podówczas znany i odwiedzany rabin w Potoku Złotym, bardzo zatém jest rzeczą prawdopodobną, że stary Jakób Rappaport z tego źródła nabawił się swéj choroby zakaźnéj. Zresztą w żadnym z 4 przypadków zapalenia gardła nie zauważyłem róży na twarzy lub na głowie, ani też na reszcie ciała, skutkiem czego przypuszczenie, że miałem do czynienia z różą błon śluzowych, nie ma rzeczywistéj i dostatecznie ugruntowanéj podstawy i musiałoby tylko pozostać niepewném przypuszczeniem. Na każdy sposób jednak okoliczność ta jest bardzo ważną i pamiętać o niéj należy przy podobnych spostrzeżeniach w przyszłości. W krótce też zapewnie i bakteryjologija, rozświetlająca tajniki etyjologiczne chorób zakaźnych, rzuci i na to nowe cierpienie jaśniejsze, niż dotąd światło; — co do mnie zaś, uważałem za obowiązek, aby z dziedziny żmudnéj praktyki lekarskiéj wydobyć spostrzeżenia, które mocno mnie i moich kolegów zainteresowały i może również w naszym świecie lekarskim pewien interes naukowy obudzić i przez nagromadzenie bardziéj naukowo opracowanych przypadków sprawę chorobową wyjaśnić potrafią.

III. Przyczynek do resekcyi wola.

Podał

Dr. Rudolf Trzebicky,

docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

12. A. K., lat 29, szewc z Krzywczy w Galicyi. Wól rozwija się od lat 15, uciążliwym przy pracy stał się choremu dopiero w ostatnich czasach. Cała przednia ściana szyi mocno wypuklona ku przodowi przez wól (miąższowy) składający się z 3 guzów, z których każdy posiada wielkość cytryny. Bardzo znaczna duszność, głos czysty, więzadła głosowe nienaruszone, tchawica znacznie zwężona. 31 maja 1886 cięciem kątowatém, według Kochera, odsłonięto wól i wykonano obustronną resekcyję. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. Dnia 8 czerwca chory wyleczony opuścił klinikę. W styczniu 1888 r. chory czuje się zupełnie zdrowym.

13. A. P., lat 24, góralka z Zakopanego w Galicyi. Wól zaczął się rozwijać jeszcze podczas dziecięctwa choréj. Od kilku lat cierpi chora duszność i chrypkę. Wól obustronny, głównie jednak po stronie prawéj. W większym (prawym) guzie przechodzącym wielkością pięść wykazać można liczne drobne guzki. Gdy chora znajduje się w spokoju, doznaje tylko miernéj duszności, przy cięższéj pracy częste i silne napady duszności. Lekki niedowład lewego więzadła głosowego. 10 listopada 1886 r. wykonano obustronną resekcyję (cięcie kątowate według K o c h e r a). Lewy płat gruczołu tarczykowego częściowo pod mostek wsunięty. Krtań ukośnie spłaszczona. Wygojenie przez rychłozrost. Chora opuściła klinikę d. 27 listopada. Zmiany w krtani jak przed operacyją. O obecnym jéj stanie nie mogłem zasięgnąć wieści.

14. I. A., lat 32, gospodarz z Załubińca pod Nowym Sączem w Galicyi. Wól istnieje od lat 8, od lat 2 utrudnione oddechanie. Szyja wypuklona przez wól wielkości dużéj pomarańczy wychodzący z lewego płatu, w którym znajdowało się kilka drobnych torbieli. Tchawica silnie na prawo wyparta, w jedném miejscu prawie pod kątem prostym zagięta. Zmian w krtani nie ma żadnych, głos czysty. 23 listopada 1886 resekcyja lewego płatu. Narkoza kilkakrotnie przerywana w skutek ustawania oddechania. 6 grudnia chory zdrów opuścił zakład. W styczniu 1888 r. chory czuje się zupełnie zdrowym.

15. B. R., lat 23, syn wieśniaka ze Skotnik pod Krakowem. O ile od chorego, który jest głuchym i do tego matołkiem, dowiedzieć się można, wól rozwija się dopiero od kilku lat. Duszność pojawić się miała przed kilku miesiącami. Po obu stronach szyi guz wielkości pomarańczy, lewy, nieco większy od prawego, po części pod mostek wsunięty, ma powierzchnię gładką, po prawym czuć liczne nierówności pooddzielane od siebie bruzdami. Nawet przy spokojném oddechaniu wybitny szmer. Mierny niedowład obu więzadeł głosowych. Chrypka. Dnia 14 stycznia 1887 r. resekcyja obu płatów. Cięcie kątowate wklęsłością ku lewéj stronie. Tchawica bardzo silnie spłaszczona, chrząstki tchawicowe rozmiękczone. Wieczorem tego samego dnia chory już przedtém bardzo trudno oddechający przestał nagle oddychać. Po zdjęciu opatrunku udało się za pomocą rytmicznego uciskania klatki piersiowéj przywrócić oddechanie. Następnego dnia wystąpiły objawy zapalenia płuc po stronie lewéj, które jednak na gojenie się rany nie wywarło żadnego szkodliwego wpływu. Chory opuścił klinikę d. 2 lutego z raną zagojoną przez rychłozrost. Głos chorego stał się czystym, niedowład więzadeł głosowych ustąpił. W styczniu 1888 r. chory ma się zupełnie dobrze.

16. F. W., lat 14, z Barwałdu w Galicyi. Chora na swój wiek fizycznie i umysłowo bardzo dobrze rozwinięta podaje, że od lat 3 ma wól, a od roku cierpi duszność. Guz wychodzący z lewego płatu, większy od pięści, po części zwisający ku barkom, okazuje w pojedynczych miejscach chełbotanie. Przy oddechaniu mierny szmer. Chrypka. Lewe więzadło głosowe porażone. Dnia 24 lutego 1887 r. przystąpiono do operacyi. Cięcie ukośne przechodzące przez największą wypukłość guza, poczém resekcyja wola (galaretowatego, mieszczącego torbiele). Tchawica nieco spłaszczona. Wygojenie nastąpiło przez rychłozrost. Porażenie więzadeł głosowych nie ustąpiło. W styczniu 1888 r. chora ma jeszcze lekką chrypkę, zresztą zupełnie zdrowa.

17. K. Ł., lat 16, z Dąbrowicy w Galicyi. Chora dobrze rozwinięta podaje, że od dziecięctwa ma grubą szyję. Duszność i chrypka miały się pojawić dopiero przed kilku miesiącami. Oba płaty gruczołu tarczykowego powiększone, prawy do wielkości pięści, lewy do wielkości jaja gęsiego, twarde i guzowate. Obie połowy połączone ze sobą za pomocą twardego mostka. Błona śluzowa krtani zaczerwieniona, prawe więzadło głosowe porażone. Głos chrypliwy, oddechanie nawet wśród spokojnego zachowania się choréj nader utrudnione, przy wdechu szmer. Dnia 16 marca 1887 r. resekcyja (cięcie K o c h e r a). Operacyja odbywała się stosunkowo powoli a to z powodu licznych naczyń dążących do gruczołu tarczykowego, które musiano podwiązywać. Po dokonanéj już resekcyi prawego płatu w czasie kiedy odpreparowywano płat lewy, chora nagle przestała oddechać; ponieważ sztuczne oddechanie nie odniosło skutku, musiano wykonać niską tracheotomiję, poczém dopiero udało się chorą przywrócić do życia. Operacyję ukończono bardzo szybko, ranę zaś całą wytamponowano gazą jodoformową. W 2 godziny po operacyi wystąpił nagle z górnego prawego kąta rany bardzo silny krwotok. Lekarz dyżurny nie mogąc wyszukać naczynia broczącego ograniczył się do wytamponowania rany Penghawarem. Mimo to jednak krwotok nie ustał, krew sączyła się daléj bezustannie i mimo powtórnego dokładnego obejrzenia całéj rany, mimo autotransfuzyi i infuzyi soli kuchennéj wkrótce potém chora umarła. Oględziny pośmiertne wykazały, że węzły około tętnicy i żyły tarczykowéj górnéj za luźno były zaciągnięte.

18. F. K., lat 22, z Żabna w Galicyi. Chora ma wól od 3 lat, który jéj dopiero od niejakiego czasu utrudnia oddechanie podczas cięższéj pracy. Po obu stronach szyi wól

(miąższowy), po lewéj silniéj rozwinięty, każdy z płatów większy od jaja gęsiego. W krtani nie ma nic nieprawidłowego. Głos czysty. Dnia 26 kwietnia 1887 r. resekowano obie połowy wola (cięcie Kochera). Tchawica bardzo spłaszczona, pierścienie tchawicowe rozmiękłe. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora opuściła klinikę dnia 9 maja. W styczniu 1888 r. chora czuje się zupełnie zdrową.

19. K. C., lat 30, wieśniaczka z Brzostowéj Góry w Galicyi. Wejrzenie starsze nad wiek, odżywienie znacznie podupadłe. Chora ma wól od lat 15, który od lat 2 utrudnia jéj oddechanie i połykanie. Wól wielkości bochenka chleba, po obu stronach sięga na barki a pokrywając obojczyk i przednią ścianę klatki piersiowéj zwisa ku dołowi aż do 3go żebra. W linii środkowéj wręb grubości palca, przez który wyczuć można gruby mostek, łączący oba płaty. W miejscu najwięcéj wystającém lewego płatu znajduje się małe owrzodzenie wywołane zbytniém napięciem skóry. Nad wolem silne szmery naczyniowe. Przez skórę przeświecają liczne żyły grubości palca. Obwód szyi w miejscu najwypuklejszém wola wynosi 66cm. Chrypka. Prawe więzadło głosowe porażone, błona śluzowa krtani silnie zaczerwieniona i obrzmiała. Oddechanie bardzo utrudnione a możliwe tylko w pozycyi siedzącéj z głową lekko ku tyłowi podaną. (Rosego postawa ostateczna). Gdy chora usiluje zająć położenie poziome nastaje zawsze napad sufokacyjny. Rozlany nieżyt oskrzelowy, działanie serca słabe. Ze względu na spodziewany silny krwotok i do najwyższego stopnia posuniętą duszność zamierzono wykonać jednostronną resekcyję, lewa połowa miała być usunięta dopiero późniéj wśród korzystniejszych warunków. Dnia 27 kwietnia 1887 r. przystąpiono do operacyi. Operacyja sama, nie licząc opóźnienia wywołanego podwiązywaniem licznych powierzchownych żył i częstego przerywania narkozy w skutek ustawania oddechania, odbywała się stosunkowo dość szybko. Zaraz po przecięciu skóry cięciem długiém łukowatém, przecięto *isthmus* (podwiązawszy go poprzednio w 2 miejscach), aby mieć w danym razie najkrótszą drogę do wykonania tracheotomii; następnie w sposób typowy resekowano wól, szypułkę ujęto w pięć podwiązek. Pewne trudności sprawiało (już po wykonaniu resekcyi) wycięcie wola większego od jaja gęsiego, wychodzącego z nadliczbowego gruczołu tarczykowego, który zachodził poza krtań a częściowo nawet i poza przełyk. Światło tchawicy, któréj chrząstki były silnie rozmiękłe, nie wynosiło miejscami nawet 2mm. Niestety nie można było podczas operacyi przestrzegać dość ściśle antiseptyki jużto z powodu szczególnego pośpiechu, jużto z powodu częstych przerw koniecznych dla wzniecenia sztucznego oddychania tak, że nie udało się rany dostatecznie osłonić przed zakażeniem. W skutek tego już 3go dnia po operacyi wystąpiły objawy ropienia w ranie. Ropienie było rozległe i sprowadziło w drugim tygodniu obumarcie i oddzielenie podwiązanego kikuta gruczołowego. U choréj wystąpiły jeszcze nadto lekkie objawy otrucia jodoformem; w końcu jednak po 10-tygodniowym pobycie w klinice opuściła zakład z raną zagojoną prawie zupełnie (pozostała tylko krótka przetoka). Głos przez operacyję nie doznał zmiany. Dla wycięcia drugiego płatu chora miała się zgłosić późniéj. Płat ten, jak o tém wyżéj już wspominaliśmy, przedstawiał się po operacyi prawie o połowę mniejszy, w rzeczywistości jednak przesunął się tylko ku stronie prawéj. Oddychanie było po operacyi zupełnie swobodne. Według doniesienia listownego rana się niebawem w całości zamknęła, głos jednak jeszcze i obecnie (luty 1888) jest chrypliwy. Guz lewy począł w ostatnich czasach znów się powiększać. Duszności nie ma.

20. I. M., lat 27, z Krasowic pod Wieliczką w Galicyi. Chory podaje, że przed 15 laty miał mieć wól, który po zastósowaniu maści jodowéj zniknął, aby po upływie lat 13 na nowo się pojawić. Po stronie prawéj guz wielkości jaja gęsiego (galaretowaty). Mierna duszność i utrudnienie połykania; głos chrypliwy. Niedowład prawego więzadła głosowego. Dnia 20 maja 1887 r. resekcyja w sposób typowy (cięcie skórne w linii środkowéj). Światło tchawicy znacznie zwężone, chrząstki nierozmiękłe. Dnia 1go czerwca chory opuścił klinikę z raną zagojoną przez rychłozrost. Zmiany laryngoskopowe jak przed operacyją. W styczniu 1888 r. chory wśród ciągłéj chrypki czuje się zdrowym.

21. M. B., lat 28, ze Smolnicy we wschodniéj Galicyi. Wól istnieje od lat 10. Od lat 2 chrypka i utrudnienie oddechania. Wól (galaretowaty) wychodzący z prawego płatu wielkości jaja gęsiego. Błona śluzowa krtani zaczerwieniona, obrzmiała i rozpulchniona, więzadła głosowe nienaruszone, głos szorstki. Dnia 1 lipca 1887 r. resekcyja prawego płatu (cięcie ukośne). Światło tchawicy miernie zwężone. Zagojenie przez rychłozrost. Po 10 dniach chora opuściła zakład. W styczniu 1888 r. zupełnie zdrowa, głos czysty.

22. Z. K., lat 19, ze Stróży w Galicyi. Od kilku lat ma wól (włóknisty) po prawéj stronie, obecnie wielkości jaja kurzego. Lekkie utrudnienie oddechania głos nieco chrypliwy. Błona śluzowa krtani zaczerwieniona, więzadła głosowe prawidłowe. Dnia 2 lipca 1887 r. resekcyja płatu prawego (cięcie ukośne). Gojenie się nieco tylko opóźnione w skutek powierzchownego ropienia w kanale szwu. Dnia 23 lipca chora opuściła klinikę z raną zupełnie zagojoną i głosem czystym. Stan obecny choréj nie jest mi wiadomy.

23. T. N., lat 26, wieśniaczka z Lusiny pod Wieliczką w Galicyi. Chora ma wól od 11 lat, który jéj w ostatnich czasach zaczął znacznie utrudniać oddechanie. Od kilku tygodni chora oddechać może jedynie tylko w postawie siedzącéj. Po obu stronach szyi znajduje się guz wielkości pięści, twardy. Więzadła głosowe prawidłowe. Z powodu nadzwyczajnéj duszności musiano wykonać operacyję w postawie prawie siedzącéj i spiesznie. Dnia 10 lipca 1887 r. wykonano obustronną resekcyję (cięcie Kochera). Operacyja cała od zupełnego zanarkotyzowania aż do założenia opatrunku trwała 13 minut. Tchawica w wysokim stopniu spłaszczona, chrząstki tchawicowe rozmiękłe. Wygojenie przez rychłozrost. Chora opuściła klinikę w 2 tygodnie po operacyi i do dziś dnia czuje się zupełnie zdrową. (Dok. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Zemann (Wiedeń): **Ostre zapalenie tkanki podśluzowéj połyku i krtani.**

Z wykładu, który Z. miał na posiedzeniu Tow. lekarsk. w Wiedniu d. 9 marca b. r., wynika, że wymieniona choroba, która według Senatora (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 5 1888. Obtułowicz *Przegl. Lek.* Nr. 12, 1888) jest chorobą nową, dotąd jeszcze nierozpoznaną, jest już znaną od dłuższego czasu w Wiedniu. Zdarza się tam rokrocznie po kilka takich przypadków przy oględzinach pośmiertnych. Ta choroba zwykle przebiega bardzo szybko, czém można tłumaczyć tę okoliczność, że rzadko tylko rozpoznaje się ją za życia. Jéj powstanie nie jest znane, w każdym razie powstaje ona w skutek zakażenia. Chorzy umierają z uduszenia albo w skutek porażenia serca i to już w kilka godzin po rozpoczęciu się choroby. Równocześnie przedstawia Z. preparat anatomiczny z przypadku téj choroby, pochodzący od chorego, którego z rozedmą i nieznaczną dusznością przyjęto do szpitala. Choroba i w tym przypadku zakończyła się nagłą śmiercią. (*Intern. klin. Wochenschr.* 1888, Nr. 12).

Dr. R. Spira.

Farmakologija.

Docent Stintzig (Mnichów): **O moczopędném działaniu kalomelu.**

Na dwa pytania nie odpowiedziano dotychczas dokładnie: Jaki wpływ ma przyjmowanie płynów do ustroju na wydzielanie moczu wśród podawania kalomelu? Czy „odwodnienie“ ustroju jest wyłącznêm dziełem nerek, czy téż także jelit, skóry, płuc? S. przyznaje, że odwodnienie w znacznéj części przypada jelitom, w postaci obfitych wypróżnień; co do pierwszego pytania, wcale ciekawego, należy nam na odpowiedź cierpliwie czekać. Inne wyniki, do jakich S. doszedł na podstawie wypróbowania kalomelu na 25 przypadkach, są następujące: kalomel jest środkiem moczopędnym, energiczniéj działającym niż wszystkie dotychczas znane; nawet u zdrowego człowieka działa jako taki. Najlepiéj działa w puchlinach od chorób serca

zależnych; jeżeli działa moczopędnie, wpływa korzystnie i na ogólny stan chorych, sen, apetyt, zdolność do pracy. W wypocinowych sprawach (zapaleniu opłucny, osierdzia) nie pomaga nic lub tylko bardzo mało. W przypadkach, w których nie działa zatrucie rtęcią, jeżeli występuje, bywa cięższe, trudniejsze do usunięcia. Najlepiéj jest podawać go 3 razy na dzień po 0·20, przez 3 dni co 3, 4, lub 5 dni. (*Münchener med. Wochenschr.* 1888, Nr. 1). *H. K.*

Pollatschek (Karlsbad): **O zastosowaniu leczniczem sacharynu.**

Leki wszystkie z przetworów węgla kamiennego tworzą już dziś znaczny szereg w farmakologii, a wartość ich leczni cza już dziś jest taka, że z czasem może wyrugują liczne inne środki. Do nich należy także sacharyn (wyrabiany i polecany przez Fahlberga). P. poleca go jako lek pewny i skuteczny. Nietylko dotkniętym cukrówką radzi go podawać dla słodzenia potraw, ale nawet i takim, u których wśród rwy kulszowéj lub innych nerwobólów cukier przemijająco w moczu występuje. W małych dawkach radzi podawać zawczasu przed ukazaniem się cukromoczu i wśród niego. Pewném jest, że ilość cukru w moczu nigdy się po sacharynie nie zwiększa, a prof. Kohlschütter miał zauważyć nawet zmniejszenie się ilości tegoż w moczu tych chorych. Osobom, które nie znoszą gorzkiego smaku chininu, radzi zapisywać gotowy preparat, również przez Fahlberga wyrabiany *chininum saccharinum* albo chinin z sacharynem osobno zapisany. (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* 1888, Nr. 3). *H. K.*

Prof. Demme (Berno): **O stosowaniu uretanu u dzieci.** Jako czysto nasenny lek podawał go D. z dobrym skutkiem dzieciom dla zwalczenia niepokoju w przypadkach podrażnienia kory mózgowéj, w przypadkach przepalenia głowy na słońcu, w okresie zwiastunowym chorób zakaźnych. Dla uspokojenia podawał 0·1—0·3 *pro dosi* a 0·5—1·0 *pro die* i to nawet 12-miesięcznym dzieciom. Celem sprowadzenia snu podawał od razu 0·5 lub 1·0 uretanu. Wszystkie dzieci znosiły go bardzo dobrze, nie działał ubocznie ani na serce ani oddechanie ani na ośrodki mózgowe. Bardzo dobre oddawał mu usługi w przypadkach drgawek dziecięcych samoistnych i wodogłowowych. W postaci lewatywy działał zarówno jak ustami podany. (*Wien. med. Blätter*, 1888, Nr. 1). *H. K.*

Toksykologija.

Prof. Virchow: **Dalsze przypadki zapalenia jelita grubego z powodu otrucia sublimatem.**

Niedawno podaliśmy (*Przegl. Lek.* 1888, Nr. 11) sprawozdanie z wykładu prof. V. o zatruciu sublimatem. W dalszym ciągu (pos Tow. lek. berl. z d. 4 stycznia 1888) podaje V. dalsze uwagi i nowe przypadki. Jeden dotyczył osoby zmarłéj po poronieniu, a któréj przestrzykano części rodne rozczynem sublimatu 1·0 na 1500·0; po przestrzykiwaniu pokazało się, że zostało do 100·0 płynu w jamie macicy, który wydalono. Dla wydalenia reszty sublimatu, która na ścianach macicy zostać mogła, przestrzykano powtórnie jamę macicy rozczynem sublimatu 1·0 na 5000·0. Niebawem doznała chora dreszczu, biegunki, wymiotów, tętno było małe, ciepłota niżéj 35, bezmocz i na drugi dzień śmierć. Rozchodziło się jednak prof. V. o potwierdzenie wywodów swoich o zmianach w jelicie grubém po zatruciu sublimatem. U téj choréj znaleziono wzdłuż całego jelita grubego wrzody błonicowe, krwawo podbiegłe, a nawet jelito cienkie znajdowało się w stanie zapalnym. Inne dwa przypadki, z których narządy przedstawił, również dostarczają dowodu, że obraz w jelicie grubém jest zupełnie podobny do obrazu napotykanego w czerwonce. (*Berl. klin. Wochschr.* 1888, Nr. 4). *H. K.*

H. K. **O przypadku zatrucia antyfebrynem** donosi Doll (*Deut. med. Ztg.*). Kobieta cierpiąca silne bóle głowy zażyła około 4·0 tego leku poleconego a o którym wyczytała w gazecie codziennéj. W 3 godziny po zażyciu wystąpiły uporczywe wymioty, zimny pot i mdłości. Całe ciało było zimne, źrenice rozszerzone, tętno 120 na minutę; dopiero po 14 dniach wróciła chora do zdrowia po podaniu leków podniecających, przypady otrucia trwały 2 dni.

Medycyna wewnętrzna.

Unverricht (Wrocław): **Polymyositis acuta progressiva.**

W pewnym przypadku sekcyi wykazał Marchand oprócz zapalenia płuc z dostania się ciał obcych ostre zapalenie prawie wszystkich mięśni prążkowanych, nawet mięśni klatki i krtani. Za życia myślano o włośnicy, kawałek jednak mięśnia wycięty i badany dał wynik ujemny. Bliższe badanie mięśni po śmierci wykazało, że wyprostne są więcéj zajęte niż zginacze. W literaturze lekarskiéj jeden zaledwie przypadek podobny mógł U. wyszukać; przyczyny żadnéj téj choroby nie można było wykazać. Zmiany drobnowidowe szczegółowo autor opisuje. (*Zeitschr. f. klin. Therap.* Bd. XII, Heft 5 i 6). *H. K.*

Prof. Liebreich: **O stosowaniu węglanu litowego.** Zazwyczaj zapisuje się węglan litowy w proszku; środek ten jednak w wodzie zwykłéj się nie rozpuszcza. Prof. L. radzi też, chcąc go podawać chorym w stanie rozpuszczonym, zmięszać z wodą selterską lub sodową zawierającą kwas węglowy, powstaje wtedy rozpuszczalny dwuwęglan litowy. Oprócz tego poleca jako przyjemne do użycia *lithium carbonic. effervescens*, które się daje na koniec noża do wody i pije w czasie burzenia się płynu. (*Therap. Monatshefte*, 1888). *H. K.*

Chirurgija.

Docent Seydel (Mnichów): **Ostra zgorzel ropnicowa po zranieniu podskórném.**

S. podaje przypadek *gangraena septica acutissima* po podskórném zranieniu nogi, po wypadnięciu z wozu, jako rzadkość w czasach pokoju; podczas wojny zdarza się ona często i opisana, także pod nazwą *„gangrène foudroyante“* a co Niemcy znają jako *„fauliges Emphysem“*. S. przypuszcza, że pojęcia te nie są teżsame, że nawet istnieją dla obu tych form różne mikroorganizmy a jeśli już nie mikroorganizmy, to odmienne ptomainy, które odmienne w obu razach mają warunki zewnętrzne i wewnętrzne do wytwarzania się. W pierwszém może być nieznaczne tylko zranienie skóry i uderzenie nieznaczne, przy drugiém nie brak nigdy ciężkiego uszkodzenia kości i części miękkich. We wszystkich przypadkach należy jak najprędzéj przystąpić do odjęcia odnogi, mimo że wszystkie dotychczasowe kończyły się śmiercią, a zaledwie jeden przypadek jest znany (Hütera), który się pomyślnie zakończył, a w którym sprawa chorobowa odnosiła się do powłok brzusznych w dolnych ich częściach. (*Münchener med. Wochenschr.* 1888, Nr. 3). *H. K.*

Israel (Berlin): **O bezmoczu odruchowym.**

W przypadku zupełnego bezmoczu z powodu uwięźnienia kamienia nerkowego w moczowodzie wykonał J. nefrolitotomiję. Przypadek zakończył się śmiercią, nie z winy operacyi, lecz niestosownego zachowania się chorego; zerwał on opatrunek, sprowadził nacieczenie moczowe rany. Sekcyja wykazała ropne zapalenie nerki operowanéj. J. podnosi, że mimo, że tylko lewa nerka była zajęta przed operacyją, prawa także nie była czynną, że zaś po operacyi obydwie mocz zaczęły wydzielać. Bezmocz ten tłumaczyć należy w tym przypadku jako powstały odruchowo, a przemawiają za istnieniem tego rodzaju bezmoczu doświadczenia dotychczas tylko na zwierzętach wykonane. Zastanawiając się nad sposobami dostania się do moczowodu, radzi autor nie trzymać się dotychczasowych, i zaleca nowe cięcie zaczynające się na przednim brzegu mięśnia lędźwiokrzyżowego na palec poniżéj łuku żebrowego, biegnące z początku równolegle z nim, potém na dół skośnie aż do połowy więzu Pouparta. Cięcie warstwowe robi się aż do ukazania się otrzewny, poczém układa się chorego na bok, jelita wtedy opadają a moczowód ma się okazywać wolny dla oka i palca. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 2). *H. K.*

Dr. Roesen przekonawszy się na licznych przypadkach leczonych w klinice prof. Nussbauma, że dotychczasowe sposoby **leczenia nieprawidłowych tworów, modzeli i nagniotków** nie są zupełnie pewne, podaje **własną metodę za pomocą kwasu salicylowego** następującą: Twór, który chcemy usunąć, zwilżamy najpierw rozczynem kwasu borowego lub salicylowego, a następnie pokrywamy dosyć grubą warstwą krystalicznego kwasu salicylowego. Na to daje się dla dokładnego okrycia lint borowy i kawałek gutaperchy. Opatrunek ten pozostaje przez 5 dni, jeżeli się widzi, że twór uległ zmniejszeniu przez pokurczenie i że nie jest już ściśle złączony z podstawą; w przeciwnym razie

zostawia się opatrunek przez dalsze 5 dni. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 9). *H. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 6te z d. 21 marca 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 36. Jako gość Dr. Hempel.

1. Przedstawionych na poprzedniém posiedzeniu Drów: Maksymilijana Cerchę i Wiktora Idzińskiego przyjęto w głosowaniu jednogłośnie w poczet czynnych członków Tow. lek.

2. Kol. Przewodniczący zawiadamia o rezultacie narad Komitetu Tow. w sprawie wniosków koll. Korczyńskiego i Paszkowskiego, a mianowicie, że komitet uznał, iż sprawa poruszona temi wnioskami wymaga zmiany statutu w odnośnym kierunku a gdy zmiana ta okazuje się i z innych powodów potrzebną, proponuje wybór komisyi mającéj składać się z koll. Korczyńskiego, Grabowskiego, Paszkowskiego, Kohna i przewodniczącego, któraby przedsięwzięła rewizyję statutu Tow. Komisyję proponowaną przyjęto jednogłośnie.

3. Dr. Hempel okazał nowotwory tłuszczakowe opony miękkiéj rdzenia z przypadku, w którym wykonano sekcyję w Zakładzie anatomo-patologicznym.

W dyskusyi nad okazanym preparatem brali udział koll. Warschauer, Browicz, Gluziński i Porębowicz.

5. Kol. Browicz miał wykład o przeroście tkanki łącznéj w ścianach żołądka. (Wykład ten będzie drukiem ogłoszony). W ciągu wykładu okazał prof. Browicz preparaty ze zbioru Zakładu anatomii patologicznéj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Gluziński, Łazarski i prelegent.

6. Kol. Gross okazał hodowle prątka durowego i odnośne preparaty mikroskopowe. Wykład zapowiedziany na ten temat odroczono z powodu spóźnionéj pory do posiedzenia następnego.

Dr. Schaitter sekretarz.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Aleksander (Wrocław): **O zatruciu rybami.**

Na pos. Tow. lek. wrocł. przedstawił A. trzech chorych, u których spostrzegł zatrucie rybami. Dotyczyło ono rodziny składającéj się z męża, żony i córki trzechletniéj, podczas gdy drugie dziesięciomiesięczne dziecko nie uległo zatruciu; ono bowiem ryb zepsutych, a mianowicie śledzi, nie spożyło. A., który widział chorych dopiero w 10 dniu zatrucia, sprawdził rozszerzenie źrenic, porażenie akomodacyi, obustronne porażenie nerwów okoruchowych i odciągaczy i opadanie powiek, na języku resztki pleśniawki, błonę śluzową podniebienia twardego i miękkiego i przełyku zaczerwienioną suchą; narządy wewnętrzne prawidłowe; ciepłotę prawidłową, tętno spokojne; skarżyli się zaś chorzy na suchość w ustach, brak śliny i potów od samego początku choroby, zaparcie stolca, rzadkie i dopiero przy pewném napieraniu możliwe oddawanie moczu. Pierwszą ich uwagę na chorobę zwróciło podwójne widzenie i niemożność połykania. A. oświadczywszy się stanowczo za otruciem rybami, i zestawiwszy literaturę tego zatrucia, które u nas rzadko, częściéj jednak zdarza się w Rosyi, zastanawia się nad jego przyrodą. Najprawdopodobniejszą przyczyną otrucia są ptomainy, powstające z rozkładu mięsa ryb przy braku powietrza, a objawy otrucia podobne są do otrucia atropinem lub zepsutą kiełbasą. Tylko z zepsutéj kiełbasy udało się Neuwerckowi kilka różnych prątków otrzymać, o jadzie zepsutych ryb nic dotychczas nie wiemy. U tych chorych utrzymywało się zaparcie stolca przez trzy miesiące; leczenie polegało na podawaniu kalomelu i innych leków rozwalniających, nadto stosowano salicylan sodowy i elektryzowanie narządów szyjnych prądem przerywanym. Chorzy opuścili klinikę zupełnie wyleczeni. (*Bresl. ärtzl. Zeitschr.* 1888, Nr. 3). *H. K.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 47,4. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 1 (0 z.t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 3 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 2 (0 z. t.); z grużlicy 18 (14 z. t.); z zapalenia płuc 13 (5 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospianki, 8 odry (4 w szpitalu), 5 duru brzusznego (3 obcych); 12 duru osutkowego (5 z aresztów miejskich, 3 w szpitalu, 3 obcych); 2 dławca; 2 róży. W tygodniu od 26 lutego do 3 marca umarło z ospy: w Wiedniu i Budapeszcie po 1, w Pradze 13, w Lublanie 7, w Tryjeście 6, w Paryżu 10, w Warszawie 3. Z odry umarło: w Wiedniu 4, w Tryjeście 2, w Pradze 1, w Hamburgu 9, w Paryżu 14, w Londynie 18, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Wiedniu 3, w Pradze 1, w Londynie 32, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 8. Z duru umarło w Brodach 2, w Przemyślu 2, w Stanisławowie, Tarnowie i Wiedniu po 1; w Pradze 3. Z czerwonki umarło w Wiedniu 2. Z krztuśca umarło we Lwowie i Wiedniu po 1; w Opawie 2, w Londynie 127. Z dławca i błonicy umarło w Przemyślu 4; w Wiedniu 11; w Tryjeście 3, w Pradze 7, w Berlinie 22, w Wrocławiu 9, w Lipsku 8, w Budapeszcie 13, w Paryżu 46, w Londynie 41, w Chrystyjanii 16, w Petersburgu 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 lutego do 3 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; we Lwowie 38,5; w Brodach 30,4; w Drohobyczu 35,4; w Kołomyi 39,7; w Przemyślu 44,8; w Stanisławowie 32,4; w Tarnowie 36,4; w Warszawie 25,5; w Poznaniu 18,7; w Wiedniu 29,2; w Salcburgu 32,8; w Gracu 31,6; w Tryjeście 42,1; w Insbruku 16,3; w Pradze 40,8; w Bernie 50,7; w Ołomuńcu 23,0; w Berlinie 18,0; we Wrocławiu 27,9; w Gdańsku 27,8; w Dreżnie 16,9; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 25,7; w Królewcu 30,9; w Lipsku 20,4; w Mnichowie 26,9; w Strasburgu 27,8; w Amsterdamie 28,9; w Brukseli 29,0; w Budapeszcie 35,7; w Chrystyjanii 26,2; w Kopenhadze 19,8; w Londynie 21,6; w Odesie 23,1; w Paryżu 24,8; w Petersburgu 37,0; w Rzymie 30,6; w Stokholmie 26,9; w Wenecyi 29,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 kwietnia. W d. 6 bm. i r. wykonaną została tysiączna operacyja katarakty samorodnéj za pomocą wydobycia w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell. od czasu objęcia jéj kierownictwa przez prof. Rydla w jesieni 1869 r. Prócz tego uskuteczniono w tym czasie 263 operacyj innych postaci katarakty częścią za pomocą wydobycia, częścią za pomocą rozcięcia. Co do metody wydobycia, stosowanéj w owych 1000 przypadkach katarakty samorodnéj, to od października 1869 aż do grudnia 1885 operowano sposobem obwodowym linijowym Graefego (z różnemi odmianami drobniejszemi, jakie w ciągu tego czasu kolejno się pojawiały) 796 ócz; z tych odzyskało wzrok 759 ócz, w 37 zaś operacyja nie osiągnęła skutku, straty wynosiły więc 4,65%. Od grudnia 1885 operuje prof. Rydel sposobem płatowym obwodowym z wycięciem tęczówki (prócz kilku przypadków), a z 204 ócz w tym czasie operowanych odzyskało wzrok 197, stracono zaś 7 ócz, czyli tylko 3·43%. Ten najnowszy sposób operowania katarakty dał więc już dotąd o 1·23% lepsze wyniki, aniżeli sposób Graefego; nie ulega zaś wątpliwości, że w miarę udoskonalenia go wyniki będą jeszcze znacznie lepsze. Rękojmię tego daje rezultat osiągnięty w ostatnich 118 przypadkach, operowanych w klinice krakowskiéj od 1 stycznia 1887 r.; na całą bowiem tę liczbę operacyj tylko jedna nie odniosła skutku pomyślnego, tak że odsetka strat wynosi tylko 0·85%.

Z prawdziwą przyjemnością zapisujemy nader pomyślne te wyniki, albowiem znając odnośne cyfry statystyczne zapewnić możemy, że lepszym rezultatem żadna, a równym nie wiele tylko klinik poszczycić się może. Rezultat ten świetny oczywiście zawdzięczyć należy dzielnemu i starannemu kierownictwu, a publiczność nasza snać tego samego jest przekonania, skoro z nieograniczoném zaufaniem w razie potrzeby szuka pomocy w klinice, która téż, pomimo utworzenia oddziału szpitalnego również pod kierownictwem prof. Rydla, ciągle jest przepełniona.

— Na Zjeździe chirurgów w Berlinie byli z pomiędzy chirurgów polskich Polewski z Chełmna, Zielewicz z Poznania, Wehr ze Lwowa i Rydygier z Krakowa. Wehr miał wykład o przeszczepianiu raka z psa na psa z demonstracyją odpowiednich preparatów. Rydygier opisał: 1) wynik

leczenia ran bez używania sączków, jakie otrzymał w ostatniém półroczu w swéj klinice w Krakowie i 2) nowy sposób amputacyi osteodermoplastycznéj. Liczba uczestników była nadzwyczaj wielka (przeszło 600; z tych około 160 członków). Także liczba wykładów i demonstracyj była większą jeszcze, niż w ostatnich latach; wkrótce zdamy sprawę z niektórych ważniejszych. Jako temat do dyskusyi na przyszły Zjazd ustanowiono „przyczyny i rozpoznawanie raka języka“. *R.*

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Dobruchowski, b. sekundaryjusz prof. Obalińskiego, mianowany lekarzem więziennym w Wiśniczu, opuszcza Kraków udając się na swoje nowe stanowisko. Gorliwemu lekarzowi i ze wszech miar zacnemu koledze towarzyszą najlepsze nasze życzenia a skazańcom winszować należy takiego opiekuna.

Dr. Franciszek Gumowski przeniósł się z Krościenka nad Dunajcem do Brzostka, gdzie został mianowany lekarzem miejskim.

* **Nekrologija**. W Krakowie umarł w 40 roku życia Dr. Tomasz Świerz, wychowaniec Uniw. Jagiell., lekarz praktykujący w Skawinie; przyczyną jego śmierci był dur wysypkowy, którego się nabawił śród poruczonéj mu czynności urzędowéj.— W Gracu odebrał sobie życie znakomity botanik prof. Hubert Leitgeb, lat 53 liczący, zdaje się w napadzie zadumy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Orłowskiego: Przyczynek do zapaleń zgorzelinowych pęcherza moczowego; Dymnickiego: Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rtęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu; Chełchowskiego: Przypadek niedokrwistości złośliwéj postępującéj. — W *Medycynie* Nr. 14: Majkowskiego: Sprawozdanie z praktyki w Busku w r. 1887 (c. d.); Stępniewskiego: Sprawa ospowa u nas od najdawniejszych czasów po r. 1888 (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 kwietnia **w sali Akademii Umiejętności** o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Jaworski przedstawi nowy przyrząd aspiracyjny Dra Czyrniańskiego i okaże preparaty mikroskopijne treści żołądka. 2) kol. Pieniążek będzie miał wykład o trudnościach w usunięciu kaniuli po tracheotomii i sposobach zaradzenia tymże.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.